

PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE

Infermieri Professionali · Assistenti Sanitari · Vigiliatrici d'Infanzia



ALLATTAMENTO AL SENO,
IL RUOLO DEL PADRE



CRONICITÀ, GESTIRLA
INSIEME

numero 3

ottobre - novembre 2016

SOMMARIO

■ EDITORIALE	1
■ RASSEGNA STAMPA	
Sui servizi e la sanità il governo c'è	2
Un dibattito sulla sanità	2
La Regione taglia le Ulss: saranno nove	3
L'ospedale di Legnago si svuoterà	4
Salvare le peculiarità e il potere di controllo	5
Provoli: «Criteri solo politici Sconcertato»	6
«L'Ulss 21 non va cancellata». Il Consiglio contro la Regione	6
Un danno anche per la salute il medico: «Sostanze tossiche»	7
Sanità, tra risparmi e tagli infuria lo scontro per l'acqua	8
Acqua negata in ospedale. Nuove testimonianze	9
■ ESPERIENZE DAL TERRITORIO	
Il supporto ai neogenitori nel punto nascita e sul territorio	10
Allattamento al seno, il ruolo del padre	12
■ ISTITUZIONI E TERRITORIO	
Cronicità, gestirla insieme	14
■ NOI E GLI ALTRI	
Noi e i bambini, la parola alle immagini	17
■ RECENSIONI	
Mutilazioni genitali femminili, un fenomeno complesso, una pratica condannata	20
Il fiore del deserto	20
■ LETTERE AL DIRETTORE	21

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso il 22 dicembre 2016.

Direttore Responsabile: Marina Vanzetta

Comitato di redazione: Vallicella Franco, Dal Corso Dario, Tabarini Gabriella, Pasqueto Francesca, Vanzetta Marina, Bernardelli Stefano, Cengia Maria Grazia, Molinari Luca, Zanolli Barbara, Ballarin Silvana, Corso Maurizio, Ortolani Riccardo, Verzé Alessia, Riolli Rita.

Redazione: Vanzetta Marina, Cengia Maria Grazia, Bernardelli Stefano, Zanolli Barbara, Molinari Luca, Marcotto Enrico.

Editore: Collegio IPASVI di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona

Note editoriali: Gli articoli inviati dovranno essere corredati dal titolo, dalle note bibliografiche, cognome e nome dell'autore e qualifica professionale, ente o istituto di appartenenza, recapito postale e telefonico. Dovranno essere inviati alla sede del Collegio IPASVI di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona - E-mail: info@ipasviverona.com al Direttore di Prospettive Infermieristiche. Si autorizza, nel rispetto delle comuni regole di salvaguardia delle pubblicazioni scientifiche e dei diritti d'autore, la riproduzione a scopo didattico e informativo degli articoli di Prospettive Infermieristiche purché con citazione esplicita dell'autore e della rivista. I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore. Manoscritti e fotografie anche se non pubblicati non saranno restituiti. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Progetto grafico e impaginazione: cocchi&cocchi [www.cocchiecocchi.it]

Fine anno tempo di bilanci!

Anche il 2016 ci sta velocemente lasciando e quindi è tempo di bilanci. Dal punto di vista professionale, come organizzazione ordinistica, ci siamo impegnati su molti fronti e non sempre l'impegno è stato gratificato da un soddisfacente risultato.

A livello nazionale molta strada abbiamo fatto verso il riconoscimento delle funzioni specialistiche, tanto che nell'atto di indirizzo per il futuro contratto, si è data tecnicamente la possibilità di questo riconoscimento. Sul piano giuridico la stessa materia non ha fatto i passi avanti che da molti sono stati auspicati (accordo Stato-Regioni) per la forte opposizione della componente medica organizzata sia in sindacati che nel sistema ordinistico.

Altro argomento che sembrava potesse chiudersi positivamente è la nascita dell'ordine professionale, anche questo però ha subito nell'ultimo periodo un'importante battuta d'arresto a seguito del referendum e la caduta del Governo Renzi. A livello regionale un elemento di grande novità è stato il varo della riforma del servizio sanitario regionale, che ci vedrà tutti coinvolti affinché gli aspetti positivi di questa importante riforma possano prevalere su quelle criticità che sicuramente non mancheranno. Anche in questo caso il metro di misura sarà la qualità dei servizi sanitari che riusciremo a garantire ai nostri concittadini che hanno problemi di salute.

A livello locale molte criticità non sono state risolte, la situazione delle unità operative ospedaliere e territoriali subiranno sempre più i contraccolpi di scelte nazionali e regionali che riguardano fundamentalmente la disponibilità di risorse. Le sfide che ci aspettano sono molte e l'attenzione e le aspettative sulla componente infermieristica è molto alta, non altrettanto quando si tratta di ripartire risorse.

Ma non voglio anticipare più dettagliate argomentazioni ed approfondimenti, che affronteremo insieme in occasione dell'assemblea ordinaria annuale.

Voglio lasciarvi però con una riflessione frutto di quanto è recentemente successo nel nostro Paese: la vicenda di Saronno.

Da una situazione, descritta dai mass media come desolante, emerge una connotazione molto positiva: è il gesto eroico della nostra collega che da sola contro tutti è rimasta fedele al nostro codice deontologico ed all'ideale di servizio a beneficio dei pazienti. Ancora Davide e Golia ed ancora ha vinto Davide perché forte non del riconoscimento sociale per gli esteriori attributi, ma per la granitica fedeltà ai suoi valori.

Un abbraccio a tutti i colleghi che quotidianamente testimoniamo nell'assoluto silenzio questo credo. Un augurio a tutti voi e alle vostre famiglie di un sereno e Santo Natale e un prosperoso nuovo anno.

Buona lettura.



EDITORIALE

di FRANCO VALLICELLA

Presidente Collegio IPASVI
di Verona

RASSEGNA STAMPA

L'ARENA - 28 settembre 2016 - Città

Sui servizi e la sanità il governo c'è

a cura della REDAZIONE

Ad accogliere Matteo Renzi a Casa Serena ci sono i deputati Alessia Rotta e Gianni Dal Moro e lo stato maggiore del Pd scaligero: il segretario provinciale Alessio Albertini e la segretaria cittadina Orietta Salemi. Fra i presenti - mentre il loro capogruppo a Palazzo Barbieri, Michele Bertuccio, si schiera per il No al referendum del 4 dicembre - anche i consiglieri comunali Stefano Vallani e Damiano Fermo.

«La visita di Renzi», commenta la consigliera regionale Orietta Salemi, «è un segnale importante di attenzione al territorio e al mondo dei più deboli». E aggiunge: «Il paradosso è che il territorio e i servizi sociali veronesi hanno risposte più dal Governo che dalla Regione, anche in ambito socio-sanitario.

I ritardi accumulati su ospedali di comunità e sulla riforma Ipab ne sono la prova». L'esponente del Pd parla di «incontro assolutamente positivo in cui il presidente ha potuto toccare con mano l'eccellenza del privato sociale nella nostra regione.

Un quadro purtroppo in contrasto con il ritardo che il Veneto paga sui fronti della sanità e del sociale a causa delle assenze della Regione: la riforma delle Ipab, in gestazione da un decennio e ferma al palo, e il mancato accreditamento degli ospedali di comunità che nel Veronese sono pronti, ma attendono da mesi e mesi un segnale di avvio dalla Regione».

E.S.

L'ARENA - 04 ottobre 2016 - Lettere

Un dibattito sulla sanità

Sono uno dei medici cui pochi giorni fa a Verona è stata conferita la medaglia per i 50 anni di professione e mi permetto di rappresentare alcune opinioni su quell'intelligentissima cerimonia, organizzata dal presidente dell'Ordine dei Medici, professor Mora, cui erano presenti pubblico, medici e tanti alpini con il loro coro.

La prima cosa che intendo significare è che, rispetto agli anni Settanta, tanti buoni giornalisti che scrivevano di sanità non lo fanno più. Credo che dovrebbero essere incoraggiati, perché penso che una delle cause del degrado di questa città sia legato anche alla mancanza di un dibattito serio sullo stato della sanità. Seconda cosa, la presenza di tanti alpini e del loro coro è stata determinata dal ricordo di tanti medici morti, chi in guerre e chi recentemente. Come neurochirurgo ricordo il prof.

Dalle ore, il padre della neurochirurgia veronese, che ha portato a Verona la neurochirurgia della colonna e la sua fisioterapia. Da Pian ha portato la chirurgia degli aneurismi cerebrali, che osservava quasi fossero delle macchie di dipinti inglesi... Infine Bricolo, che ha inseguito la neurologia e la chirurgia più innovative. La più bella fotografia di un neurochirurgo in sala operatoria raffigura Bricolo al microscopio.

Anche per loro ha cantato il coro degli alpini, che tutti ringraziamo. Io credo che Dalle Ore sia ancora vivo nella neurochirurgia di Verona, che potrà ancora avanzare, così come tutte le diverse unità operative degli ospedali di Verona che hanno bisogno anche dell'entusiasmo del giornale.

Carlo Vivenza

L'ARENA - 07 ottobre 2016 - Città

La Regione taglia le Ulss: saranno nove

Con 26 voti favorevoli e 21 contrari, nessun astenuto, il Consiglio regionale ha approvato l'emendamento n. 1314 che fissa in nove le nuove Ulss in cui verrà riorganizzata la sanità veneta, una per provincia a cui s'aggiunge l'Ulss Pedemontana che farà capo a Bassano nonché l'Ulss del Veneto orientale che graverà nell'area di San Donà, Portogruaro, Jesolo. Con l'approvazione dell'emendamento 1314, presentato all'aula dal presidente Ciambetti il 20 settembre scorso, vengono meno tutti gli emendamenti e i sub-emendamenti depositati dai consiglieri regionali relativamente all'art. 12, che nei fatti è stato cancellato.

Subito dopo la votazione che ha stabilito le nuove 9 Ulss, il presidente Ciambetti ha sospeso la seduta, la 33esima dedicata al Pdl 23. Per dare modo agli uffici di verificare l'ammissibilità delle decine e decine di emendamenti ulteriormente presentati dai consiglieri regionali sui

rimanenti articoli della legge di riordino della sanità veneta, la conferenza dei Presidenti dei Gruppi consiliari ha previsto le nuove sedute del Consiglio regionale per martedì 11 e mercoledì 12.

Soddisfatto l'assessore alla Sanità Luca Coletto che parla di «passo importante» compiuto «da una maggioranza che si è dimostrata ancora una volta compatta e coesa. Per la sanità veronese viene confermata la Ulss unica provinciale al posto delle precedenti tre. Riusciremo a diminuire i costi amministrativi per migliorare le cure da destinare ai cittadini. Un altro successo per la nostra squadra capitana dal presidente Luca Zaia».

E proprio il presidente Luca Zaia ha voluto ringraziare «i consiglieri della maggioranza per la determinazione, la tenacia e il senso del dovere dimostrato nel portare avanti una parte fondamentale della riforma della sanità veneta come l'indi-

duazione del numero delle Ulss».

«Manca ora – conclude il Governatore – una parte non meno importante relativa all'intero provvedimento. Mi auguro che si arrivi al più presto al voto, perché la sanità veneta e i veneti hanno bisogno di questa riforma».

Ma per Orietta Salemi, consigliera Pd, «il territorio veronese rimane inascoltato e penalizzato. Alla fine la Regione, che a parole è sempre dalla parte dei veneti, ha dimostrato di non voler ascoltare le richieste dei territori, dei sindaci, dei cittadini. Alla fine la sanità non sarà uguale per tutti a causa di una logica di spartizione politica: la provincia di Verona, nonostante peculiarità affini a quelle di altre aree dove sono stabilite due Ulss, resterà Ulss unica con 970 mila abitanti mentre altre ne hanno 300 mila. L'ovest del Veneto è stato trattato molto male».



L'ARENA - 08 ottobre 2016 - Bassa

L'ospedale di Legnago si svuoterà

«Sono molto preoccupata per il futuro dell'ospedale di Legnago e delle altre strutture dell'Ulss 21». Clara Scapin, sindaca del capoluogo della Bassa e presidente dell'esecutivo ristretto dei primi cittadini del territorio servito dall'Azienda sanitaria di via Gianella, manifesta il suo disappunto per il voto con cui il Consiglio regionale ha approvato il taglio dell'Unità sanitaria della pianura. Va ricordato che ormai dal dicembre del 2015 le tre Ulss veronesi stanno sperimentando un'omogeneizzazione delle risposte ai cittadini, affidate l'Ulss 20 al direttore generale Pietro Girardi e quelle di Legnago e Bussolengo (Ulss 22) sempre a Girardi, ma in qualità di commissario straordinario. Questo ruolo era previsto per un anno, in vista di quanto si sta materia-

izzando a Venezia proprio in queste ore. All'indomani del voto di Venezia e della soddisfazione espressa dal presidente della Regione Luca Zaia, Scapin preannuncia una battaglia a tutto campo, anche di tipo legale, che molto probabilmente sfocerà in un ricorso al Tar del Veneto contro il provvedimento varato in laguna.

«Ci opporremo in tutti i modi», annuncia Scapin, «alla proposta della Giunta Zaia e dell'assessore alla Sanità, il veronese Luca Coletto: una proposta che non ha nessun fondamento, in quanto prevede un'Ulss unica da poco meno di un milione di abitanti per la nostra provincia, mentre altre, come Vicenza e Venezia, avranno due Ulss». Quindi, la prima cittadina annuncia: «Contat-

terò tutti gli altri municipi della Bassa per fare opposizione alla decisione regionale attraverso la Conferenza dei sindaci, che chiederò di convocare nei prossimi giorni. In alternativa, presenteremo ricorso come Comune di Legnago contro la perdita di un'Azienda così importante, che con i suoi duemila dipendenti è la più grande di tutta la pianura». Sul taglio dell'Ulss 21, Scapin presenterà un ordine del giorno anche al prossimo Consiglio comunale, programmato per lunedì 17 ottobre.

«Senza un'Azienda sanitaria nella pianura», prosegue la sindaca, «l'ospedale di Legnago, ma anche il polo sanitario di Bovolone e l'ex Stellini di Nogara, si avvieranno ad essere strutture sempre più periferiche, a vantaggio delle cliniche private presenti nella parte nord della provincia, a cui si rivolgono già diversi pazienti del nostro territorio». In particolare, obiettivo puntato sul Sacro Cuore di Negrar.

Quindi Scapin osserva: «L'assenza di dirigenti si tradurrà nella perdita di autonomia a livello locale quando si tratterà di decidere su come investire le risorse in tecnologie, sviluppo e personale. Otterremo il risultato di perdere, gradualmente, le specialità che sono state sviluppate in questi anni al Mater Salutaris e nelle altre realtà sanitarie. Assisteremo a un inesorabile impoverimento e declino del quadro socio-sanitario». La sindaca di Legnago, nei giorni scorsi, si era recata a Venezia per perorare la causa della Bassa.

«La proposta che avevamo avanzato era ragionevole», sottolinea Scapin, «in quanto ipotizzava la ripartizione della provincia in due Ulss, una a nord ed una sud dell'Autostrada Serenissima, la A4. Ciò avrebbe permesso di mantenere una sede a Legnago con un bacino di popolazione più ampio, di oltre



400mila residenti, rispetto agli attuali 155mila». L'amministratrice in forza al Pd se la prende con la Lega Nord, sia a livello provinciale che locale.

«Non capisco perché in altre realtà, come nel Bassanese, sia stata mantenuta in essere una seconda Ulss. Certamente i referenti politici regionali hanno salvaguardato le comunità locali più che da noi. Il Carroccio legnaghese, al contrario, ha assecondato a livello acritico le proposte dell'assessore alla Sanità Luca Coletto, che è pure veronese».

Anche il Movimento Cinque Stelle teme che la riforma sanitaria regionale possa penalizzare i Comuni della pianura scaligera. «Il taglio dell'Ulss 21 ci preoccupa moltissimo», dice il bovolonese Manuel Brusco, consigliere regionale del Movimento 5 Stelle, «perché temiamo che gli effetti dell'accorpamento di Legnago alle altre realtà provinciali possano creare una vera e propria desertificazione sanitaria per l'ospedale Mater Salutis come anche per il San Biagio di Bovolone, isolando ancor di

più il territorio della Bassa».

Secondo Manuel Brusco, «l'accentramento a Verona della gestione aziendale incrementerà le fughe di pazienti residenti nei nostri Comuni dai reparti ospedalieri dell'Ulss 21 verso quelli di altre zone». «Inoltre», conclude il consigliere regionale, «durante il dibattito in aula sono emerse palesemente le spaccature della maggioranza sui contenuti di questa riforma».

Fabio Tomelleri

L'ARENA - 08 ottobre 2016 - Bussolengo

Salvare le peculiarità e il potere di controllo

La nascita dell'Ulss unica provinciale, cosiddetta Scaligera, preoccupa l'Ovest veronese. La Conferenza dei sindaci della 22 di Bussolengo, che aveva votato oltre un anno fa un documento a sostegno all'ipotesi di azienda socio-sanitaria unica del Veronese, ora ricorda le richieste allegate.

«Quando il pdl 23 avrà completato l'iter di approvazione in Consiglio regionale, arriverà la fase applicativa. Come si organizzeranno i servizi e si renderanno omogenei in territori amministrati in modo molto diverso?», domanda la presidentessa e sindaca di Sommacampagna, Graziella Manzato. «Visto che il modello dell'Ulss provinciale non è stato adottato a Vicenza e Venezia, quale compensazione riceverà Verona, che insieme a Padova conta il maggior numero di utenti in Veneto? Ricordo che lo stanziamento regionale pro capite destinato dal riparto sanità ai residenti della 22 è tra i più bassi.

L'Ulss unica consentirà di ottenere un adeguamento in positivo?». Ma il nodo secondo Manzato sta nel potere di verifica e controllo dei servizi che i sindaci per ora possono esercitare. «Sarà man-

tenuto?», si chiede. «Abbiamo già inviato osservazioni a Venezia in questo senso. I primi cittadini sono i più vicini al territorio, alle associazioni, alle famiglie. Raccolgono le istanze.

È necessario che possano portarle all'attenzione di chi amministra la sanità». Altro dubbio riguarda la gestione del sociale. «La 22 ha una tradizione di servizi delegati dai Comuni. Il 5 novembre i 37 sindaci andranno a siglare, dopo averlo ratificato nei rispettivi consigli comunali, il nuovo accordo con l'azienda. Con la nascita della Scaligera, il modello non deve essere messo in discussione», aggiunge Manzato, «ogni territorio deve poter proseguire sulla strada tracciata».

Anche i medici di medicina generale valutano il voto di Palazzo Ferro Fini. «Temiamo che il passaggio sia verso una sanità razionalizzata in funzione amministrativa più che di governance», denuncia il referente Fimmg, Guglielmo Frapporti. «Nel percorso verso l'Ulss unica si potrebbero perdere tasselli dell'organizzazione dei servizi sul territorio, proprio in un momento in cui gli

ospedali per acuti delegano cronicità, assistenza domiciliare e molte prestazioni ad integrazione socio-sanitaria alla medicina di prossimità.

Non è ancora chiaro, ad esempio, se saranno riconfermati gli attuali distretti», osserva. Frapporti richiama anche l'attenzione sulla specificità geografica della 22, caratterizzata da zone non sempre adeguatamente servite in termini di viabilità. «Occorrerà anche affrontare in modo nuovo il tema della medicina turistica: l'assistenza che prestiamo agli ospiti del lago di Garda è sufficiente?», si chiede.

A questo proposito la Conferenza dei Sindaci sta valutando la fattibilità del progetto di ospedale turistico per l'Orlandi di Bussolengo. «Una commissione partecipata da amministratori, componenti del comitato in difesa dell'ospedale e rappresentanti di Federalberghi ha chiesto alla Regione di confermare la dotazione prevista dalle schede ospedaliere. E sta monitorando i bisogni del territorio, da segnalare a Venezia», conclude Manzato.

Valeria Zanetti



L'ARENA - 08 ottobre 2016 - S. Giovanni L

Provoli: «Criteri solo politici Sconcertato»

La decisione regionale sul riordino delle Ulss lascia perplesso il sindaco di San Bonifacio, Giampaolo Provoli. Il comune ospita il principale ospedale dell'Ulss 20. «Sono sconcertato», dice, «non capisco il criterio utilizzato a livello regionale. Se è una Ulss per provincia, come accade per la veronese, che raggiunge quasi un milione di abitanti, era giusto che fossero sette le realtà, non nove». E ancora: «Si deve spiegare perché province come Vicenza ne hanno due, mentre Verona una

sola. Mi pare che si sia preferito accontentare politicamente qualcuno. Quindi sono perplesso proprio per l'assenza di un criterio chiaro. Sembra che si sia accontentato elettoralmente qualcuno senza rispondere ai reali bisogni della Sanità». Giampaolo Provoli per il momento bocchia la decisione regionale: «Ciò significa che il criterio non è stato la riorganizzazione sanitaria, ma che sono subentrate logiche politiche».

G.B.

L'ARENA - 20 ottobre 2016 - Legnago

«L'Ulss 21 non va cancellata». Il Consiglio contro la Regione

«No alla chiusura dell'Ulss 21 di Legnago». Il Consiglio comunale, nell'ultima seduta, ha bocciato senza se e senza ma la riforma sanitaria votata nelle scorse settimane in Regione, che prevede l'accorpamento dell'Unità sanitaria locale della Bassa all'Ulss 20 di Verona e alla 22 di Bussolengo.

Tutto ciò, per dare vita, a partire dal prossimo anno, alla nuova Azienda sanitaria Scaligera. L'assemblea civica, con i voti favorevoli del centrosinistra e del Movimento 5 Stelle, e la ferma contrarietà dei gruppi di centrodestra, ha approvato un ordine del giorno con cui impegna il sindaco Clara Scapin «a perseguire tutte le strade politiche e legali a tutela dei diritti alla salute dei 155mila cittadini di Legnago e degli altri 24 Comuni della Pianura veronese, che finora hanno fatto riferimento al locale presidio ospedaliero in rete con le altre strutture del territorio per la qualità

e la prossimità dei servizi». Il documento, che sarà inviato al presidente della Regione Luca Zaia e al suo assessore alla Sanità, il veronese Luca Coletto, è stato presentato dalla stessa Scapin, che nelle scorse settimane si era fatta portavoce a Palazzo Ferro Fini, a Venezia, di una revisione della riforma, proponendo all'assemblea regionale di istituire a livello provinciale due Ulss, di cui una con sede proprio a Legnago.

«Il Consiglio regionale», ha rimarcato Scapin, «lo scorso 6 ottobre ha approvato, a maggioranza, l'istituzione di nove Ulss, respingendo le richieste della Conferenza dei sindaci dell'Ulss 21 finalizzate a creare, anche nella nostra provincia, due Ulss, visto che è una delle aree più estese e popolate del Veneto, con un flusso turistico tra i più elevati d'Italia». «La maggioranza che sostiene Zaia», ha proseguito il sindaco, «non ha recepito la nostra

istanza, accogliendo, al contrario, le richieste delle province di Venezia e Vicenza, per le quali ha istituito due Ulss ciascuna. Una scelta che ha creato, di fatto, una disparità nell'erogazione ai cittadini dei servizi socio-sanitari, contravvenendo ad ogni criterio di omogeneità nella distribuzione degli stessi sul territorio veneto».

Per il primo cittadino, dunque, il pericolo di una diminuzione della qualità delle prestazioni sanitarie nella Bassa è elevato. «Con questa riforma», ha continuato Scapin, «saranno Verona e la sanità privata a decidere le risorse da destinare alla nostra zona, che diventerà ancor più periferica. Nel corso degli anni, la nostra Ulss 21 è quella che, tra le varie Aziende sanitarie, ha pagato di più in termini di sottrazione dei servizi. Dapprima, sono stati scorporati i Comuni di San Giovanni Lupatoto e Cologna Veneta, sottraendo un'impor-

tante fascia di utenza alla 21. Poi, sono stati chiusi o riconvertiti, e comunque ridimensionati, gli ospedali di Nogara, Zevio e Bovolone.

Venezia ci ha quindi promesso strutture per malati terminali, come gli hospice, o gli Ospedali di comunità di cui finora non abbiamo visto traccia». «Ci siamo sempre opposti», ha aggiunto il «grillino» Federico Castelletto, «a questa politica sanitaria semplicemente miope, che penalizza i cittadini della nostra area». Dopo un'iniziale apertura nei confronti della maggioranza sul documento, i quattro consiglieri di Forza Italia - Ucl- Lega Nord, «Centrodestra Legnago» e «Civica per Legnago» hanno preferito astenersi.

«La riforma regionale», ha evidenziato Luca Gardinale della Civica per Legnago, «riguarda l'assetto amministrativo della sanità locale, non di certo i servizi prestati al cittadino, che rimarranno

inalterati». «Quello proposto dal sindaco», ha obiettato il forzista Loris Bisighin, «è un ordine del giorno populista e fuorviante, poiché genera confusione tra i destini dell'Azienda sanitaria, dal punto di vista dell'organizzazione dei

suoi uffici, e quelli dell'ospedale, che invece non verrà minimamente toccato dalla riforma, continuando la sua attività».

Fabio Tomelleri



L'ARENA - 01 dicembre 2016 - Centro Storico

Un danno anche per la salute il medico: «Sostanze tossiche»

Non è solo una questione di mero fastidio per le narici, respirare fritto fa male alla salute. Lo fa presente Paolo Ricci, medico epidemiologo di sanità pubblica che mette sull'attenti rispetto al luogo comune, «totalmente anacronistico», di sostenere che gli odori molesti prodotti dalle emissioni in atmosfera delle ristorazioni non siano pericolosi, non si possano evitare, non siano misurabili e siano esenti da qualsiasi vincolo normativo. A quanto pare è tutto il contrario. «Esistono strumenti in grado di traccia-

re gli inquinanti e di individuarne la fonte con un buon grado di precisione, di catturare quantità di aria da sottoporre poi, in diluizioni decrescenti, a soggetti "professionalmente patentati" che funzionano un po' come sommelier. Misurazioni e olfatto permettono di stabilire se le concentrazioni di inquinanti liberati in aria producano o meno effetti molesti», evidenzia l'esperto. «Fritti di ogni tipo, soprattutto di origine animale, contengono numerose sostanze tossiche e cancerogene, tanto che

i lavoratori addetti alle cucine sono considerati dalla normativa vigente come potenzialmente esposti a sostanze cancerogene. Inoltre i cattivi odori possono comportare malesseri di tipo neurologico, respiratorio e gastrointestinale e compromettere il benessere psico-fisico». Il modo di difendersi c'è, con tecnologie sempre più all'avanguardia. Fa presente Ricci: «Un famoso gruppo che vende hamburger in tutto il mondo, sollecitato dalla casa francese più sensibile al problema, ha coinvolto pre-



stigiosi centri di ricerca internazionali mettendo a punto un sistema di filtrazione e abbattimento "multistadio" che ha condotto a risultati molto soddisfacenti. La ditta che li produce è lombarda». Una cosa non da poco se si pensa che proprio il Tar Veneto, con una recente sentenza del 2014, ha ricondotto le "emissioni odorigene" delle ristorazioni al DLgs 3 aprile 2006, n. 152

sovrapponendole quindi per rischio e obbligo di prevenzione agli altri inquinanti atmosferici. Conclude il medico: «Diverse sono le sentenze della Cassazione Penale che configurano un reato in presenza di "molestie olfattive", pur provenienti da un impianto munito di autorizzazione. L'ignoranza della legge non è ammessa, soprattutto da una pubblica amministrazione come quella

veronese che dovrebbe provvedere quanto prima ad adeguare il proprio Regolamento locale di igiene alle nuove normative di grado superiore e alle più aggiornate conoscenze tecniche e scientifiche».

C.BAZ.

L'ARENA - 08 dicembre 2016 - Città

Sanità, tra risparmi e tagli infuria lo scontro per l'acqua

«Come no, dare da bere agli assetati avevano detto tanto tempo fa, noi il comandamento lo rispettiamo», cita le Opere di Misericordia il direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Verona. E si stupisce che possa essere il contrario: «L'acqua ai nostri pazienti la diamo sempre, ci mancherebbe. Se poi è poca, se ne serve di più, basta dirlo. Ricevo ogni mercoledì pomeriggio, la mia porta è aperta a tutti».

Francesco Cobello, che è uno pratico e si appella al buon senso, si lascia scappare che «comunque, in caso finisse la quantità giornaliera, non ci sarebbe niente di male a bere quella del rubinetto, lo fanno in tante altre città, a Verona è buonissima, non vedo dove stia il problema». A sollevarlo, più come «fastidio» ed «imbarazzante contrattempo» che come urgenza, sono stati alcuni ricoverati di Borgo Trento e

Borgo Roma che hanno male digerito la «spiacevole situazione»: a richiesta, terminata la bottiglietta consegnata ai pasti, si sono visti negare il mezzo litro in più. Non è una catastrofe, ammettono, «ma quando si è qui a combattere battaglie importanti, disturba dover andare alle macchinette a comperarsi l'acqua perché è finita quella del pranzo e della cena. O chiedere ai familiari di portarla da casa». Magari uno, spiegano, ci si lava i denti tre volte al giorno perché «non si fida» di quella del sindaco, ad esempio. Oppure semplicemente ha tanta sete e ne consuma più di quella garantita dal «kit ristoro».

Poi, si torna sempre lì, a metterla giù come questione di principio: «Paghiamo le tasse, tante e salate, e in ospedale abbiamo il bere centellinato. Poveri noi. Poveri bambini». Eccoli, quando di mezzo ci sono i piccoli malati, il buon

senso non serve più a giustificare nulla. Di fronte alla tragedia dei pazienti pediatrici oncologici diventa inaccettabile tutto quello che è «la regola».

Le creature che lottano per mesi contro il cancro a Borgo Roma, non devono avere il problema dell'acqua. Può essere, spiegavano alcuni genitori, che ne serva di più anche solo per rinfrescargli la fronte, per lavarli quando non riescono ad andare in bagno, può accadere che un giorno ne usino più di un altro per svariati motivi «perché qua noi ci stiamo mesi, tanti mesi, siamo in guerra per salvare la vita dei nostri figli e siamo induriti, pieni di rabbia, ci dà fastidio tutto, anche chiedere un bicchiere in più». E poi sorridono: «Quella del rubinetto? È uno scherzo, vero?»

Viviamo in sterilità, quasi quasi usiamo la fisiologica per lavare i pigiamani, figuriamoci se possiamo solo pensare di

dar da bere alle nostre creature quella del rubinetto». Cobello torna ai numeri. «Ripeto, nell'azienda che dirigo non è un problema, in nessun reparto, tanto meno in pediatria: sul vassoio dei pasti principali dei piccoli c'è sempre il mezzo litro di naturale, in più ci sono le bevande calde a colazione, a merenda e alla sera prima di dormire. In totale la fornitura complessiva di liquidi è di 1.750 ml al giorno».

Se poi non basta, insiste il direttore generale, c'è sempre quella del rubinetto «sottoposta a controlli continui quindi sana tanto quella confezionata, forse di più». All'ospedale dell'Angelo di Mestre, spiega, «si beve solo da rete idrica», lo stesso nell'Asl 10 a San Donà

di Piave, Portogruaro e Jesolo, fuori dal Veneto succede a Potenza, Cremona e Frosinone, ma anche in diverse altre strutture sparse in tutta Italia; a Imola la spending review ha imposto il «taglio» da 1 litro a mezzo al giorno.

Cobello non si sente in colpa. E risponde al maldipancia di chi ha sollevato la questione «che nessuno è venuto in direzione a sottopormi il problema. Nemmeno dai primari mi è arrivata alcuna segnalazione: dove ce n'è stato bisogno, su indicazione dei direttori dei dipartimenti, abbiamo provveduto ad aumentare la fornitura. Basta chiedere e provvediamo. Ci mancherebbe...».

Camilla Ferro



L'ARENA - 09 dicembre 2016 - La nostra inchiesta

Acqua negata in ospedale. Nuove testimonianze

Mezzo litro a pasto, non di più. Di acqua, s'intende, fornita gratuitamente sotto forma di bottiglietta sigillata negli ospedali dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata. In quello di Bussolengo, almeno fino all'altro ieri, invece, la direttiva era la fornitura zero.

A confermarlo, dopo aver letto i servizi comparsi ieri (8 dicembre 2016) su L'Arena, è un'ex paziente veronese di 36 anni, che l'anno scorso ha partorito il suo bambino all'ospedale di Borgo Trento. Sua madre, invece, è stata invece ricoverata quest'anno, a maggio, a Bussolengo, per un intervento di colecistectomia, che poi non è stato nemmeno effettuato per altri problemi della signora. «Mia madre è dovuta ricorrere più volte all'ospedale negli ultimi anni, per una grave malattia del sangue»,

racconta la trentaseienne. «Ma l'esperienza più infelice è stata all'ospedale Orlandi di Bussolengo.

Lì c'è la regola, o c'era fino a poco tempo fa vista la presa di posizione del direttore generale Girardi, che i pazienti o bevono l'acqua del rubinetto o se la fanno portare da casa o se la comprano ai distributori automatici. Penso alle persone sole, che non hanno parenti, e che si devono arrangiare. Poco male, si penserà, ma mi sembra che in una regione dove si parla tanto di eccellenze nel campo della Sanità non fornire ai malati un paio di bottigliette d'acqua al giorno non sia un bel segnale. Capisco la lotta agli sprechi ma mi pare che i risparmi vadano fatti in un altro modo». In Ostetricia, conferma la testimone, «almeno due bottigliette al giorno le

davano, e così pure in Ematologia, a Borgo Roma, dove mia mamma ha passato un periodo per il trapianto del midollo osseo». La giovane donna ha provato a bere l'acqua del rubinetto dell'ospedale, l'anno scorso, a Borgo Trento. «Vi assicuro che è imbevibile perché sa tremendamente di cloro, come quella della piscina», spiega.

«Sarà anche potabile ma è proprio sgradevole. Per carità uno si può anche adattare, non è la fine del mondo, ci sono problemi più gravi. Ma, a mio avviso, un po' di servizio in più ai pazienti, un po' d'attenzione alle loro esigenze, renderebbe più concreto quello slogan, sentito tante volte, sulla centralità del paziente e l'umanizzazione delle cure».

ESPERIENZE DAL TERRITORIO

Il supporto ai neogenitori nel punto nascita e sul territorio

di Adelaide Cavallini, Sara Tommasi,
Roberta Tortella

Infermiere UO di Pediatria
Ospedale Sacro Cuore – Don Calabria –
Negrar

Corrispondenza:
sarapisti@hotmail.it

BIBLIOGRAFIA

(1) G. LA GAMBA – G. RAPISARDI, Dimissione appropriata del neonato sano, *Medico e Bambino* 18, 574 – 578, 1999.

(2) S. DI PALMA, Sette consigli per il rientro dalla maternità, *D Famiglia*, La Repubblica, 2014.

(3) D. BASTIEN, L'importanza del controllo quantitativo delle evacuazioni del neonato, *Leaven*, Vol. 33 N. 6, Dicembre 1997 – Gennaio 1998, pag. 123 – 6.

(4) K. KENDALL – TACKETT, The impact of maternal stress and depression on breastfeeding: what we know so far, *Breastfeeding Abstract* 2005; (24): 4.

(5) T. LAVANDER, Y. RICHENS, SJ MILAN, RMD. SMYTH, T. DOWSWELL, Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum (Review), *The Cochrane Library* 2013, Issue 7.

(6) S. CAUSIN, Dal parto al puerperio: l'importanza di una continuità assistenziale, Tesi di laurea 2009-2010.

(7) L'allattamento al seno: Protezione, incoraggiamento e sostegno: L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità. Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF. Roma.

(8) Organizzazione Mondiale della Sanità, & UNICEF (2003, maggio). *La Strategia Globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini*. Geneva: Organizzazione Mondiale della Sanità.

“Non vi è alcun motivo di aspettare fino a quando la madre è in dimissione per trasmettere le informazioni necessarie. Infatti, in quel momento lei avrà probabilmente altre preoccupazioni. È preferibile dare informazioni durante il suo ricovero, quando avrà la possibilità di leggerle e porre domande.”

UNICEF - *Guida applicazione dei passi*

PRIMA O DOPO, QUANDO INFORMARE

Prima del ritorno a casa i genitori dovrebbero aver appreso informazioni e comportamenti utili alla normale gestione del neonato, alla verifica di alcuni parametri di benessere o possibili situazioni patologiche (es. ittero, disidratazione, etc.) identificando i segni di allarme come letargia, scarsa suzione, pianto e colorito anomali etc.

Come descritto nella Guida applicazione dei passi – UNICEF, non c'è ragione di attendere la dimissione della neo-mamma per fornirle le informazioni necessarie all'accudimento sicuro del proprio piccolo. È preferibile farlo durante la sua degenza, periodo in cui ha la possibilità di un confronto continuo con gli operatori per chiarire dubbi, avere chiarimenti, fare domande e avere subito risposte.

NEL NOSTRO PUNTO NASCITA, LE INFORMAZIONI

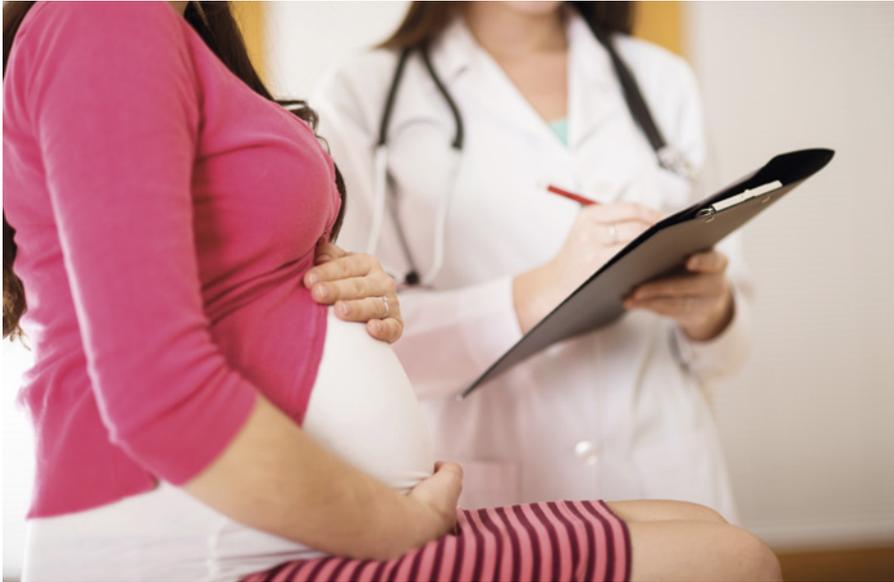
Nel nostro Punto Nascita vengono fornite ai genitori, in particolare alle mamme, tutte le informazioni riguardanti la cura del neonato, la cura del seno, l'esecuzione della spremitura manuale e il riconoscimento di un buon andamento dell'allattamento al seno. I genitori, inoltre, vengono istruiti sui segnali a cui devono fare attenzione una volta rientrati a casa, dove probabilmente riceveranno molti consigli da più persone diverse, che li potranno confondere e disorientare. Tali informazioni rientrano in una

check list (secondo le indicazioni UNICEF), che viene firmata da infermieri ed ostetriche dopo aver affrontato con la mamma gli argomenti sopraelencati. In questo modo si evita di dover fornire troppe informazioni il giorno della dimissione, momento molto particolare per il nuovo nucleo familiare e spesso caratterizzato da agitazione e incertezza su ciò che sarà il rientro a domicilio.

Accanto a ciò durante la dimissione, il pediatra coglie l'occasione per creare un ambiente sereno in cui rispondere ad eventuali dubbi dei genitori sulla gestione del neonato, sull'allattamento e per fissare il controllo del piccolo post-dimissione presso l'Ambulatorio dedicato situato all'interno dell'Ospedale. Ai genitori viene poi consegnato un libretto in cui vengono riportate le informazioni riguardanti il parto, al cui interno è inserito del materiale informativo l'allattamento al seno, la donazione di latte materno, la sicurezza del neonato a domicilio, la prevenzione delle morti in culla e la descrizione dei vaccini.

DUBBI E PROBLEMI DEI NEO-GENITORI, LA NOSTRA ESPERIENZA

Per conoscere i principali problemi e le maggiori perplessità dei neo-genitori durante il ricovero e dopo la dimissione abbiamo somministrato a tutte le puerpere con padronanza della lingua italiana, un questionario costruito ad hoc, composto da domande a risposta multipla e da domande aperte. La



somministrazione è stata effettuata dal 15 gennaio al 18 marzo 2016: il questionario, compilato in forma anonima, è stato inviato tramite mail o raccolto individualmente ai controlli successivi alla dimissione del neonato.

Contestualmente all'indagine abbiamo effettuato anche una revisione della letteratura, per poter successivamente confrontare i risultati della nostra analisi e identificato i sostegni che i genitori possono trovare sul territorio e all'interno della nostra struttura prima e dopo la nascita del bambino.

I RISULTATI

Nelle 48 – 72 ore di degenza ospedaliera le mamme vengono messe a dura prova dalla stanchezza, dal dolore e dal carico di informazioni che viene dato loro per cercare di renderle autonome nel rientro a domicilio.

La più frequente problematica delle neo-mamme, che emerge dai nostri questionari e dalla letteratura, è essere sicure che il bambino si attacca correttamente al seno e che succhia in maniera adeguata. A seguire, i nostri questionari, evidenziano che le mamme hanno problemi con l'esecuzione della spremitura manuale, vivono un senso di disagio perché percepiscono di essere giudicate dagli operatori sanitari relativamente alla scelta di allattare artificialmente.

Inoltre, hanno timore a eseguire il cambio del pannolino, la medicazione del cordone ombelicale ed il bagnetto. Infine, hanno dubbi riguardo la somministrazione di latte con metodi alternativi. Dalla letteratura emerge anche che molte mamme si pongono molte domande riguardo la preparazione del

latte in polvere. A casa le maggiori difficoltà riscontrate riguardano i problemi riguardanti il seno, il ritmo sonno veglia del neonato, l'igiene e la gestione delle poppate notturne e diurne e il corretto apporto nutritivo.

Questo perché l'allattamento durante i giorni di ricovero risulta essere del tutto sperimentale, invece a casa deve essere consolidato come una routine sicura e tranquilla per la madre che saprà cogliere anticipatamente i bisogni del suo piccolo. Alcuni dubbi possono essere conseguenti all'influenza e ai giudizi di parenti e amici riguardo la gestione del neonato, al timore di non trovare sostegno dopo la dimissione e alla perseveranza nella scelta di allattare al seno.

ALCUNE CONSIDERAZIONI PER CONCLUDERE

Le mamme vanno formate già dalla gravidanza e vanno istruite durante il ricovero al riconoscimento dei potenziali problemi una volta rientrate a casa e alla identificazione dei modi e delle strutture adeguate per risolverli.

Ci sono numerosi ambulatori interni ed esterni alla nostra struttura ospedaliera che offrono supporto ai neogenitori per qualsiasi problema. Le madri affermano di trovare molti benefici grazie ai controlli gratuiti post-dimissione effettuati presso l'ambulatorio allattamento presente nel nostro Punto Nascita.

Gli operatori sanitari sono tenuti ad essere sempre aggiornati ed informati sui servizi interni e territoriali disponibili, al fine di garantire al meglio la continuità assistenziale e di dare informazioni coerenti e univoche.

BIBLIOGRAFIA

(9) Organizzazione Mondiale della Sanità, UNICEF, & Wellstart International (2009). Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini - riveduta, aggiornata ed ampliata per un approccio integrato alle cure: Sezione 3: Promozione e sostegno dell'allattamento al seno in un ospedale amico dei bambini - un corso di 20 ore per il personale della maternità. Ginevra: OMS e UNICEF.

SITOGRAFIA

(1) <http://alimentazionebambini.e-coop.it/stili-di-vita/il-sonno-nel-primo-anno/> (Dott.ssa Camissa Marina, Il sonno nel primo anno).

(2) <http://www.bimbisaniabelli.it/neonato/cura-bebe/il-sonno-del-neonato-le-dieci-regole-dei-pediatri-91648> (Fimp (Federazione italiana medici pediatri), Il sonno del neonato: le dieci regole dei pediatri).

(3) <http://www.cleliamanili.it/rientro-a-casanon-abbiate-paura/> (Manili Clelia, Rientro a casa...non abbiate paura!).

Allattamento al seno, il ruolo del padre

di Adelaide Cavallini, Lara Richelli,
Sara Tommasi, Roberta Tortella

Infermiere UO di Pediatria
Ospedale Sacro Cuore – Don Calabria –
Negrar

Corrispondenza:
sarapisti@hotmail.it

BIBLIOGRAFIA

(1) Arora S., McJunkin C., Wehrer J., Kuhn P., 2000 "Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply", *Pediatrics* 106; e 67.

(2) Berry L.M., (1988) "Realistic expectations of the labor coach", *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, vol. 17(5):354-355.

(3) Flacking R., Dykes F., Ewald U., 2010 "The influence of fathers' socioeconomic status and paternity leave on breastfeeding duration: a population-based cohort study", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 38:337-343.

(4) Giustardi A., Greci P., "Il ruolo del padre durante la gravidanza, il parto e la nascita", *Proposta di Legge*.

(5) Hauck Y.L., Hall W.A., Jones C., 2007 "Prevalence, self-efficacy and perceptions of conflicting advice and self-management: effects of a breastfeeding journal", *J Adv Nurs*, vol. 57(3):306-17.

(6) Hill D.L., 2012 "Dad to Dad: Parenting Like a Pro", *American Academy of Pediatrics*, Chicago.

(7) Kessler L.A., Gielen A.C., Diener-West M., Paige D.M., (1995) "The effect of a woman's significant other on her breastfeeding decision", *J Hum Lact*, vol. 11:103-109.

(8) Mannion C.A., Hobbs A.J., McDonald S.W. e Tough S.C., (2013) "Maternal perceptions of partner support during breastfeeding", *International Breastfeeding Journal*, vol. 8:4
<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/8/1/4>.

Il padre è una figura cardine del sostegno alla madre durante l'allattamento al seno ma ad oggi è ancora poco coinvolto, poco informato e in difficoltà a esprimere interesse e preoccupazioni riguardo all'allattamento.

L'ALLATTAMENTO AL SENO, UNA QUESTIONE IMPORTANTE

L'allattamento al seno è una strategia importante per la promozione della salute dei bambini. Il sostegno alla madre durante la gravidanza ed il puerperio, soprattutto da parte del padre e degli operatori sanitari, è un fattore che incide significativamente sul successo dell'allattamento al seno.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia raccomandano l'allattamento esclusivo fino ai sei mesi di età, il proseguimento fino ai 24 mesi e, successivamente, per tutto il tempo reciprocamente desiderato.

PATERNITÀ, UN DATO DI FATTO

Il coinvolgimento dei padri nella genitorialità è fondamentale affinché possano essere preparati ad assumere il loro nuovo ruolo di sostenitori dell'allattamento al seno.

Ad oggi vi sono pochi studi che coinvolgano i padri ed ancor meno che evidenzino gli aspetti specifici e determinanti del loro ruolo nel supporto materno. Nonostante l'importanza del ruolo paterno sia riconosciuta da qualche tempo, è cambiato ancora poco.

LE ASPETTATIVE DELLE MADRI

Le madri sentono che il supporto del partner è cruciale nell'allattamento al seno. È stato riportato in letteratura che le madri identificano i padri come risorse primarie di supporto per la continuazione dell'allattamento al seno. Spesso esse esprimono la frustrazione per l'incapacità dei loro partner di anticipare le loro necessità. Le madri infatti riportano una riduzione del senso di ansia e di

isolamento anche solo quando i padri sono presenti nel momento del bisogno. Inoltre, chiedono fiducia nelle loro capacità di essere madri e in quello che stanno facendo.

LA NOSTRA ESPERIENZA

A partire da una revisione della letteratura ci siamo focalizzati in particolare su quattro aree tematiche:

- i reali bisogni dei padri nell'affrontare il nuovo di genitorialità;
- il sentimento di paternità che si riferisce ad un nuovo ruolo dell'uomo, che percepisce emotivamente la paternità ed è capace di costruirsi un'immagine di padre accanto al proprio bambino;
- le modalità di coinvolgimento del padre nell'allattamento al seno per essere un valido supporto a livello pratico, emotivo e all'interno del processo decisionale;

• il ruolo degli operatori nel supporto al padre nell'allattamento al seno.

Inoltre, per valutare il ruolo paterno e le relative necessità pratiche, teoriche ed emotive riguardo l'allattamento al seno e capire come ovviare al mancato coinvolgimento dei padri, abbiamo somministrato ai neo-papà, con padronanza della lingua italiana, un questionario costruito ad hoc composto da domande a risposta multipla e domande aperte.

La somministrazione è stata effettuata all'interno della Sezione Neonatale della nostra Unità Operativa dall'1 febbraio al 15 marzo 2014: il questionario, anonimo è stato consegnato ai neo-papà al momento del ricovero presso la struttura e riconsegnati compilati dagli stessi prima della nascita del bambino.



I RISULTATI

Dalla revisione della letteratura è emerso che l'abbandono dell'allattamento può essere dovuto alla scarsa informazione sulle conseguenze di tale atto e al mancato sostegno alle madri nel post-parto, periodo spesso caratterizzato da fragilità psicologica. I padri spesso vengono poco coinvolti durante la gravidanza e l'allattamento e tendono, quindi, ad arrendersi più facilmente di fronte alle difficoltà che si riscontrano in questo particolare periodo. Gli operatori sanitari giocano una parte fondamentale all'interno di questo percorso, pertanto dovrebbero saper cogliere le esigenze dei nuovi padri in modo da fornire un ulteriore supporto alle madri durante l'allattamento.

Dall'indagine effettuata (36 sono stati i questionari raccolti) si è evidenziato che l'interesse dei padri rispetto all'allattamento al seno è molto elevato. Nella maggior parte dei casi viene scelto dai genitori di allattare al seno entro la 15^a settimana di gravidanza. Molti padri hanno espresso l'esigenza di essere coinvolti come parte attiva durante l'allattamento al seno e sono in grado di poter supportare, soprattutto in modo pratico ed emotivo la compagna, sostenendo le iniziative materne.

PER CONCLUDERE, QUALCHE RIFLESSIONE

Il coinvolgimento paterno è elemento essenziale nel periodo pre e post natale: padri informati circa i vantaggi dell'allattamento al seno e indirizzati

dai professionisti della salute sono in grado di sostenere ed incoraggiare le proprie partner in maniera più incisiva, anche quando l'allattamento è difficile o insorgono problemi.

I padri coinvolti nella decisione di allattare o meno al seno sono ancora pochi e il concetto di supporto paterno all'allattamento al seno non è chiaro a molti uomini ed a molti professionisti della salute. I padri moderni non desiderano più solo essere padri, ma anche sentirsi tali. Desiderano interagire precocemente con il nascituro, passando da una diade madre – bambino ad una triade madre – padre – bambino, che richiede al padre di riconoscere precocemente i bisogni della mamma e del bambino e quindi di anticipare le loro esigenze. I padri possono e vogliono fornire alle madri supporto pratico ed emotivo; essi possono e devono essere influenti sostenitori dell'allattamento al seno fin dal processo decisionale.

Obiettivo dell'operatore sanitario è rendere i padri consapevoli del loro importantissimo ruolo per il successo dell'allattamento al seno. Ad oggi tuttavia i padri evidenziano la necessità di ricevere maggiori informazioni e denunciano una mancanza di riconoscimento del loro ruolo durante il periodo pre e post natale. Questo bisogno deve servire come "campanello d'allarme" agli operatori sanitari per riflettere e valutare i progetti ed i servizi attualmente erogati.

BIBLIOGRAFIA

(9) Pisacane A., Continisio G.I., Aldinucci M., D'Amora S., Continisio P., 2005 "A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion", *Pediatrics* 116;e494.

(10) Redshaw M. e Henderson J., (2013) "Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey", *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 13:70
<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/70>.

(11) Sheehan D., Krueger K., Watt S., Sword W., Bridle B., 2001 "The Ontario mother and infant survey: breastfeeding outcomes", *J Hum Lact*, vol. 17(3)211-219.

(12) Sherriff N., Hall V., Panton C., 2013 "Engaging and supporting fathers to promote breastfeeding: A concept analysis", *Midwifery*
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.04>.

(13) Tohotoa J., Maycock B., Hauck Y.L., Howat P., Burns S., C.W. Binns, 2009 "Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia", *International Breastfeeding Journal* vol 4:15.

(14) Winnicott D.W., 1975 "Il bambino e la famiglia", ed. Giunti e Barbera (trad. Fulvia Kanizsa), Firenze.

SITOGRAFIA

(1) www.salute.gov.it.

(2) www.unicef.it.

(3) www.who.int.

Cronicità, gestirla insieme

a cura della REDAZIONE

È del 9 settembre scorso un'iniziativa congiunta della nostra Federazione nazionale e della Federazione nazionale dei medici che, con il patrocinio del Ministero della Salute, ha affrontato il tema della cronicità. L'obiettivo dell'incontro è stato confrontarsi e fare il punto sulle modalità migliori per declinare nell'operatività il Piano Nazionale della Criticità (PNC) trasmesso il 22 luglio dal Ministro Lorenzin alla Conferenza Stato - Regioni e approvato dalla stessa il 15 settembre.

LA CRONICITÀ, TRA DATI E CONSIDERAZIONI

Un fenomeno in progressiva crescita che assorbe circa il 70 - 80% delle risorse sanitarie nei Paesi avanzati. Si stima che nel 2020 le patologie croniche rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

Nella regione europea dell'OMS, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo.

Entro il 2060 si prevede che il numero di Europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella sotto i 15 anni.

Con l'avanzare dell'età le malattie croniche rappresentano la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità. Alla cronicità spesso si accompagna la limitazione dell'autonomia, della mobilità, delle capacità funzionali, della vita di relazione e conseguentemente, aumento delle ospedalizzazioni e delle risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) necessarie a dare risposta ai bisogni espressi. A complicare un quadro già complesso si aggiungono poi le disuguaglianze sociali considerate dagli esperti uno dei fattori più importanti nella determinazione delle condizioni di salute.

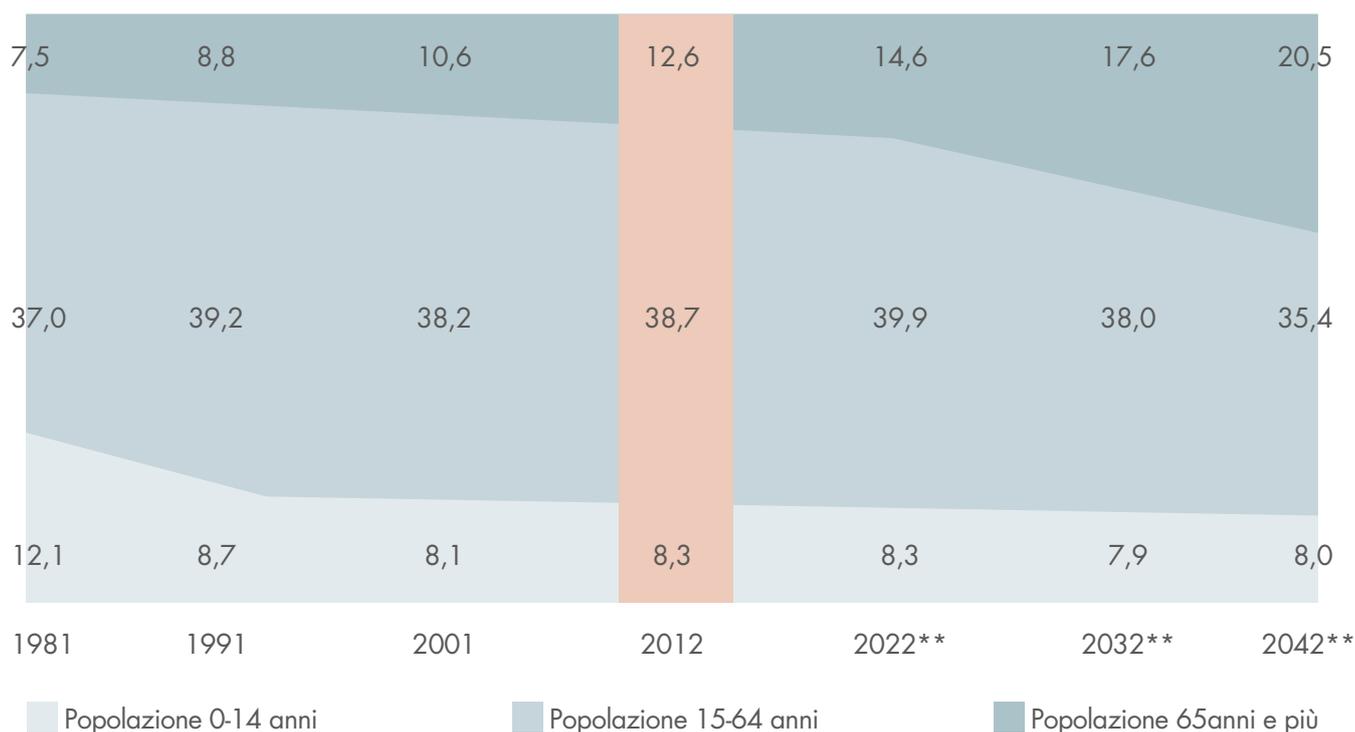
ITALIA E CRONICITÀ, QUALCHE DATO

Il nostro è uno dei Paesi più vecchi d'Europa e del mondo: secondo i dati EUROSTAT (a gennaio 2013) la quota di persone ultra65enni è pari al 21,2% della popolazione totale, superiore di tre punti a quella dell'Unione che è 18,2%. Le regioni più "anziane" sono la Liguria (in cui gli over64 all'1/1/2014 costituiscono il 27,7% della popolazione totale), il Friuli Venezia Giulia (24,7%) e la Toscana (24,4%), l'Umbria (23,8%).

La Campania (17,2%), la Provincia Autonoma di Bolzano (18,7%), la Sicilia



Figura 1 - L'EVOLUZIONE DELLA POPOLAZIONE ITALIANA PER FASCE D'ETÀ DAL 1981 AL 2041 (VALORE ASSOLUTO IN MILIONI)
 FONTE: ELABORAZIONE CENSIS SU DATI ISTAT (TRATTA DA PIANO NAZIONALE CRONICITÀ).



(19,6%) e la Calabria (19,8%) sono le regioni con una presenza di persone anziane significativamente minore. Secondo le previsioni ISTAT nel 2032 la percentuale di anziani over 65 sarà pari al 27,6% dell'intera popolazione: 17.600.000 il numero degli anziani in valore assoluto (Figura 1).

LE RISPOSTE ALLA CRONICITÀ

Curare i pazienti con cronicità, spiegano gli esperti significa perseguire obiettivi finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita.

Ciò è possibile solo con una gestione mirata del singolo e percorsi assistenziali capaci di garantire una presa in carico a lungo termine dell'assistito, la prevenzione e il contenimento delle disabilità, la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi socio-sanitari e delle figure professionali coinvolte.

In presenza di pluripatologie, condizione che caratterizza spesso la cronicità e richiede l'intervento di differenti professionisti, è forte il rischio, sottolineano gli esperti, che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario focalizzando l'intervento più sul trattamento del singolo problema piuttosto che sulla gestione globale della per-

sona assistita. Questo, concludono gli esperti, potrebbe generare soluzioni in contrasto tra loro, duplicazioni diagnostiche e terapeutiche, un incremento della spesa sanitaria oltre a non garantire la partecipazione della persona assistita al proprio percorso di cura.

IL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (PNC), UNO STRUMENTO OFFERTO ALLE REGIONI

Il PNC è un capitolo importante del Patto della Salute 2014 - 2016 che promuove un approccio nazionale e sistemico e non locale al fenomeno per creare le condizioni affinché tutti i cittadini con problemi di cronicità possano avere le stesse opportunità di risposta ai propri bisogni indipendentemente dalla zona di residenza.

Il Piano ridefinisce la presa in carico dei pazienti cronici complessi considerando anche una serie di strumenti (sistemi di accreditamento, sistemi informativi, di valutazione, modelli di remunerazione delle prestazioni, di flessibilità dei setting di cura, uso della telemedicina ecc.) che per essere efficaci devono necessariamente interfacciarsi.

Uno strumento dunque che vede la persona assistita al centro e in un percorso di presa in carico per step, a partire dalla prevenzione, sistematicamente sottoposto a valutazione da parte del

team multifunzionale. Imprescindibile, in questo ridisegno della presa in carico, emerge la formazione e l'informazione della persona affetta da patologie croniche per poter partecipare in modo attivo al percorso di presa in carico che dovrà realizzarsi quanto più possibile a domicilio dell'assistito.

Due sono le parti in cui è strutturato il documento. La prima, più strategica, che detta le linee generali di indirizzo e richiama i due modelli di gestione della cronicità prevalenti nel nostro Paese: il Chronic care model (Ccm) e il Creg (Chronic related Groups).

La seconda, più specifica, dedicata alle linee di indirizzo per dieci diverse patologie: malattie renali croniche e insufficienza renale, malattie reumatiche croniche, malattie intestinali croniche, malattie cardiovascolari croniche, malattie neurodegenerative, malattie respiratorie croniche, insufficienza respiratoria e asma in età evolutiva, malattie renali croniche e malattie endocrine in età evolutiva.

Per ciascuna patologia il piano prevede un inquadramento generale, la definizione delle principali criticità assistenziali e di obiettivi generali, specifici, possibili linee di intervento, i risultati attesi e indicatori per il monitoraggio.

GESTIRE LA CRONICITÀ, GLI ELEMENTI CHIAVE

“È utile sottolineare alcuni elementi chiave che i sistemi organizzativi devono riguardare attraverso il lavoro degli operatori e gli più adeguati per il loro raggiungimento”. È quanto si legge in un passaggio del piano. Sei sono quelli individuati e riguardano:

1. *l'aderenza*, sia della persona affetta da cronicità al percorso di cura e assistenza definito, sia degli operatori alle Linee Guida di riferimento;
2. *l'appropriatezza* ovvero, la corretta definizione del percorso di cura e assistenza da parte degli operatori;
3. *la prevenzione* che rimane un obiettivo prioritario del sistema;
4. *le cure domiciliari* poiché l'obiettivo dei sistemi di cura delle cronicità è di mantenere la persona malata il più possibile nel suo contesto di vita quotidiana;
5. *l'educazione, l'informazione e l'empowerment* obiettivi irrinunciabili al raggiungimento della massima consapevolezza e partecipazione della persona

affetta da cronicità al suo percorso di cura e assistenza;

6. *la conoscenza e la competenza*, tutti gli operatori devono essere adeguatamente formati e dimostrare le competenze acquisite e necessarie al raggiungimento di cura e assistenza della persona affetta da cronicità.

MOLTE LUCI, QUALCHE OMBRA

Al netto degli aspetti positivi di questo piano che sono sicuramente molti, vanno però evidenziati anche alcuni significativi punti critici, già sottolineati dal Presidente Vallicella nell'editoriale del n. 1 della rivista e riproposti integralmente di seguito:

- *“il piano non è finanziato. E questo è un punto molto critico. Le risorse per poter dare “gambe” ai buoni propositi e all’impalcatura organizzativa delineata nel piano, devono essere trovate dalle regioni che hanno la responsabilità applicativa del progetto;*
- *in alcuni passaggi del piano è evidente l’enfasi che viene data alle possibilità del medico di medicina generale,*

senza chiaramente riservare una pari considerazione per l’infermiere che è in realtà il professionista che maggiormente starà accanto al cittadino con questi problemi. Ricordiamoci che stiamo parlando di persone portatrici di patologie croniche e che per definizione hanno già una diagnosi, e che esprimono prevalentemente bisogni assistenziali riconducibili alla sfera di competenza infermieristica;

- *il progetto è approvato, ora spetta alle Regioni declinarlo nella realtà locale e nelle differenti organizzazioni del servizio sanitario. Questo passaggio sicuramente ne riduce le potenzialità e la forza progettuale essendo la paternità non coincidente con quanti dovranno realizzarlo.”*

“
Solo i fatti danno credibilità alle parole!
S. Agostino
”



NOI E GLI ALTRI

Noi e i bambini, la parola alle immagini

a cura della REDAZIONE

Prima e dopo, la differenza



"5 GIORNI
DOPO..."



Ordine e caos



Leggerezza



Sentirsi al sicuro

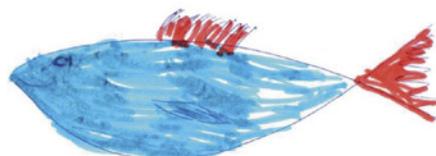
GRAZIE A TUTTO

GLOIRE



Pronta a ripartire

GRAZIE



MARTINA

16-09-2016

RECENSIONI

Mutilazioni genitali femminili, un fenomeno complesso, una pratica condannata

a cura della REDAZIONE

Un fenomeno complesso quanto vasto caratterizzato da pratiche che comprendono l'incisione o l'asportazione parziale o totale dei genitali femminili esterni.

A subirle bambine e donne che oltre alla mutilazione devono "sopportarne" i rischi spesso gravi e irreversibili per la salute e le rilevanti ripercussioni psicologiche.

Circa 125 milioni, questa la stima del numero di donne che nel mondo hanno subito e convivono con una mutilazione genitale. Ad aumentare questo numero, ogni anno si aggiungono circa tre milioni di bambine sotto i 15 anni. La prevalenza delle mutilazioni genitali femminili si registra nei Paesi africani. Anche in Europa, Australia Canada e negli Stati Uniti sono documentati casi di mutilazioni tra gli immigrati dall'Asia sud-occidentale e dall'Africa e compiute assolutamente illegalmente.

Vengono praticate alle bambine tra i 4 e i 14 anni per ragioni sessuali (soggiogare e ridurre la sessualità femminile), sociologiche (iniziazione delle adolescenti), igieniche e estetiche (in alcune culture i genitali sono considerati brutture e veicolo di infezioni), sanitarie (la mutilazione favorisce la fertilità) e religiose. A effettuarle sono proprio donne. Pratica condannata a tutto campo: considerata dall'UNICEF, una violazione dei diritti della donna. Le mutilazioni genitali femminili sono discriminatorie in quanto violano il diritto delle bambine alle pari opportunità, alla salute, a essere tutelate dalle violenze, abusi, torture, a decidere sulla propria salute riproduttiva (www.unicef.it).

INFORMAZIONI

TITOLO:

Il fiore del deserto

REGIA:

Sherry Hormann

ANNO: 2009

DURATA: 120 min

Il film - Il fiore del deserto

È la storia vera di Waris Dirie una bellissima e ricercatissima modella venuta dal deserto con una grande gioia di vivere ma portatrice di segreti drammatici.

Il film è tratto dalla biografia best seller della stessa protagonista. Girato tra il Gibuti, Londra e New York, racconta l'essere donna in Africa, la fuga da un futuro di moglie imposto, la fatica di vivere di lavori umili e da analfabeta in Europa, il debutto in un mondo completamente diverso, la moda e il cinema. Una storia che si sviluppa attraversando Paesi e culture diverse e che si conclude con la rivelazione del segreto che l'ha accompagnata per tutta la vita, segnandola in modo indele-



bile: l'infibulazione.

Nata in un villaggio della Somalia da una famiglia di nomadi con dodici figli: intorno ai 5 anni subisce la mutilazione, a 13 viene venduta dal padre a un uomo di 60 anni. Waris non riesce ad accettare tutto questo e fugge verso un futuro diverso, prima a Mogadiscio poi a Londra dove lavora come cameriera. Tra

mille difficoltà a un certo punto, il suo destino volta pagina e lei si apre un'importante carriera come modella.

È proprio all'apice del successo che Waris, coraggiosamente, racconta la sua storia. Oggi è la portavoce ufficiale della campagna contro le mutilazioni genitali femminili dell'ONU.

Festività infrasettimanali, turnisti penalizzati

Sono un infermiere dell'AOUI ormai da molti anni. Recentemente il nostro coordinatore ci ha comunicato che dal mese di novembre non intende più procedere al pagamento delle festività infrasettimanali lavorate al personale turnista. La perdita economica è importante ed evidente: già il lavoro a turni non è riconosciuto adeguatamente dal punto di vista economico: le indennità previste da CCNL sono modeste e per nulla adeguate ai nostri tempi e, se non ricordo male, sono riferite agli anni 90, cioè del secolo scorso quando c'era la lira. Non riesco a capire come mai l'Amministrazione dell'A.O.U.I. abbia deciso di penalizzare così fortemente noi turnisti.

Michele

Gentile collega,

Quella che la Direzione ha deciso di applicare è una direttiva dell'ARAN (esattamente RAL 1795 del 06/11/2015) che afferma in sintesi: "Il personale c.d. turnista che si trova a dover lavorare il giorno festivo infrasettimanale, ha diritto, esclusivamente, alla specifica indennità disciplinata, per il personale del comparto, all'art. 44, comma 12, del CCNL comparto sanità del 01/09/1995 (come rideterminata dall'art. 25, comma 2 del CCNL del 19/04/2004) ma non al compenso per lavoro straordinario o all'alternativa del riposo compensativo."

La direttiva dell'ARAN ha come finalità di interpretare e modificare l'art.9 del CCNL integrativo del 2001 che si riporta: "ad integrazione dell'art. 20 del CCNL 1 settembre 1995 e 34 del CCNL 7 aprile 1999, l'attività prestata in giorno festivo infrasettimanale dà titolo, a richiesta del dipendente da effettuarsi entro trenta giorni a equivalente riposo compensativo o alla corresponsione del compenso per lavoro straordinario con la maggiorazione prevista per il lavoro straordinario festivo."

Va precisato che la questione trae fondamento in un ambito della pubblica amministrazione dove si applica il CCNL, Enti Locali dove purtroppo pronunce giurisprudenziali della Suprema Corte di Cassazione si sono orientate in questo senso. Se però si analizza il CCNL Enti Locali si trovano molte diversità e la questione festività Infrasettimanale non è scritta così chiaramente come nel CCNL Sanità. È difficile capire la scelta fatta dall'Amministrazione dell'AOUI, anche perché risulta la sola nell'ambito veneto.

Quello che è evidente è che è stato negato il *diritto di scelta* da parte del dipendente. La perdita economica non è di secondo ordine: ci sono molte persone che a causa della crisi economica hanno optato per il compenso maggiorato dello straordinario festivo.

Luca Molinari
Consigliere

LETTERE AL DIRETTORE

di MARINA VANZETTA



www.ipasviverona.com



**Segreteria Organizzativa
Collegio Provinciale IPASVI**

Via Ca' di Cozzi, 14/A - 37124 VERONA
Telefono: 045.913938 - Fax: 045.914671
E-mail: info@ipasviverona.com

